

References:

1. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. 2011 ahajournals.org/doi/10.1161/circulationaha.110.983536
2. Epidemiology of myocardial Infarction “<http://Intechopen.com/books/myocardial-infarction/epidemiology-of-myocardial-infarction>”
3. ICF Browser <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>
4. International classification of functioning, Disability and health <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/49-download/download/361-icf-browser>
5. *Physical Therapy*, Volume 82, Issue 11, 1 November 2002, Pages 1098–1107 <https://doi.org/10.1093/ptj/82.11.1098>
6. Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty indicator, a review <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5656351/>
7. Short form 36, assessment of functional Outcomes, Rebecca VDH <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/short-form-36>
8. Godin Leisure time exercise Questionnaire ,oncology Nursing Society, https://www.ons.org/sites/default/files/Godin%20Leisure-Time%20Exercise%20Questionnaire_070815.pdf

УДК 615.03:615.061

ДЕПРЕСКРАЙБИНГ – ОСОЗНАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Лоллини В.А., Лоллини С.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Появление на лекарственном рынке огромного количества лекарственных средств (ЛС) а также публикация многочисленных, зачастую противоречивых, рекомендаций привело к существенному увеличению числа назначаемых пациентам препаратов. В определённой степени это связано с желанием «оптимизировать» процесс лечения и, основой терапии становится не лечение пациента, а попытка купировать симптомы и синдромы заболевания [1].

Эта практика, особенно широко, распространена у пожилых пациентов имеющих сочетание нескольких заболеваний, что зачастую приводит к необходимости полипрагмазии [2]. В качестве примера могут быть приведены нынешние тенденции и содержание протоколов лечения пациентов после чрезовых коронарных вмешательств и стентирования когда, назначается сложная терапия, содержащая от 6 до 9 лекарственных препаратов. Естественно предположить возникновение выраженных побочных действий связанных с различными процессами метаболизации лекарственных средств. Полипрагмазия стала крупной проблемой современной медицины, приводящая к увеличению частоты побочных эффектов, способных приводить к усилению тяжести заболеваний, госпитализации и даже смерти [2]. А.Т. Pageet et al. в опубликованном обзоре выделил несколько типов нерационального применения ЛС у пожилых пациентов. Это приводит к развитию состояний обусловленных лекарственной терапией: 1) полипрагмазия как одновременное применение более 5 ЛС; 2) гиперполипрагмазия как одновременное применение более 10 ЛС; 3) недостаточное назначение как необоснованное отсутствие ЛС, которое клинически показано для текущего состояния; 4) ненужные ЛС как неэффективные лекарства, отсутствие показаний, терапевтическое дублирование и субтерапевтические дозы; 5) назначение одного лекарства для лечения побочного действия другого лекарства; 6) назначение ЛС для которых потенциальный вред или побочные эффекты могут превысить потенциальную пользу. Существует корреляция между полипрагмазией и неблагоприятными эффектами для здоровья,

особенно в популяции пожилых людей. Клинически значимые неблагоприятные последствия для здоровья пожилых пациентов, связанные с полипрагмазией, включают падение, истощение, слабость, когнитивные нарушения, инвалидизацию, смертность [3]. Эти негативные последствия возникают при использовании от 3,5 до 6,5 препаратов, и риск вреда увеличивается с каждым дополнительным назначением лекарства.

Термин «депрескрайбинг» впервые был описан в *Australian hospital pharmacy journal* в 2003 г. в статье под названием «Депрескрайбинг: достижение лучших результатов в отношении здоровья пожилых людей за счет сокращения приема лекарств» [4].

Депрескрайбинг - способ противодействия полипрагмазии и неправильного использования ЛС. Сокращение общего количества лекарств и прекращение применения препаратов, которые больше не требуются, снижают риск потенциального вреда, связанного с полипрагмазией.

К настоящему времени накоплены большой клинический материал, посвященный изучению влияния депрескрайбинга на исходы лечения, и руководящие принципы по этому подходу.

Один из первых систематических обзоров клинических исследований (за период с 1966 по 2007 г.), посвященных отмене или прекращению применения отдельных классов ЛС в популяции пациентов с возрастом старше 65 лет, был представлен S. Iyer et al. [5]. В этот обзор было включено 31 исследование (n=8972 пациентам) только по отмене разных фармакологических классов ЛС и последующим периодом наблюдения. В том числе 4 рандомизированных и плацебо-контролируемых исследования (n=448) по отмене диуретиков, 9 проспективных наблюдательных исследований (n=7188) по отмене антигипертензивных препаратов (включая диуретики), 16 исследований (n= 1184) по отмене психотропных препаратов (седативных, антипсихотических препаратов, антидепрессантов и ингибиторов холинэстеразы) и 2 исследования по отмене нитратов и дигоксина. Клинически значимые неблагоприятные последствия отмены встречались редко, уменьшалась частота гипокалиемии, азотемии и гиперлипидемии. После отмены антигипертензивной терапии у 20- 85% пациентов сохранялось нормотензивное состояние, они не нуждались в возобновлении терапии в течение от 6 месяцев до 5 лет, при этом не было отмечено увеличения частоты сердечно - сосудистых исходов. При отмене гликозидов восстанавливался уровень калия, уменьшались симптомы интоксикации, но 56% пациентов, преимущественно с фибрилляцией предсердий, потребовалось возобновление терапии в течение 4-11 месяцев.

В крупнейшем мета-анализе A.T. Page et al. (2015) было включено 116 клинических исследований с применением депрескрайбинга у 34143 пациентов в среднем возрасте $73,8 \pm 5,4$ года [6]. В большинстве исследований проводилась отмена одного ЛС, в небольшой части – двух или более ЛС; фармакологические классы препаратов, которые подвергали депрескрайбингу, включали: антигипертензивные, ингибиторы протонной помпы, дигоксин, бисфосфонаты, препараты для лечения хронической обструктивной болезни легких, доброкачественной гиперплазии предстательной железы и прочие. В исследованиях показано, что депрескрайбинг при полипрагмазии значительно снижает смертность (OR=0,32; доверительный интервал [ДИ] – 0,17-0,60), но в рандомизированных исследованиях снижение риска смертности не достигло статистической достоверности (OR=0,82; ДИ - 0,61-1,11), а в подгруппе пациентов до 80 лет риск смертности составил OR=0,64 (p=0,07).

Таким образом, результаты исследований показывают, что полипрагмазия у пациентов может быть уменьшена путем отмены определенных лекарств с использованием депрескрайбинга который можно рассматривать, наряду с критерием Бирса, STOP/START, как эффективный метод для борьбы с полипрагмазией и уменьшением риска применения лекарственных препаратов.

Литература:

1. Леонова, М.В. Депрескрайбинг против полипрагмазии: возможности метода / М. В. Леонова // Фарматека. – 2019. – № 9. – С. 26–34. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2019.9.26-34>
2. Deprescribing in older people / A.T. Page [et al.] // Maturitas. – 2016. – Vol. 91. – P. 115–34. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.06.006.
3. Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes / D. Gnjdic [et al.] // J Clin Epidemiol. – 2012. – Vol. 65. – P. 989–95. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.02.018.
4. Woodward, M. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications / M. Woodward // J Pharm Pract Res. – 2003. – Vol. 33. – P. 323–328. doi: 10.1002/jppr2003334323
5. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older / S. Iyer [et al.] // Drugs Aging. – 2008. – Vol. 25, № 12. – P. 1021–31. doi: 10.2165/0002512-200825120-00004
6. Page, A.T. The feasibility and the effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review / A.T. Page, K. Potter, R.M. Clifford // Br J Clin Pharmacol. – 2016. – Vol. 82, № 3. – P. 583–623. doi 10.1111/bcp.12975

УДК 616.12-008.331.1(476.5)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЁ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ОАО «ОРЕХОВСКИЙ ЛЬНОЗАВОД» И РУП ВИТЕБСКЭНЕРГО «БЕЛОРУССКАЯ ГРЭС»

Маханькова А.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время, артериальная гипертензия (АГ) самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание в мире [1]. Кроме того, согласно современным представлениям, АГ является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, которые являются основной причиной смерти населения всех стран [2].

Благодаря эпидемиологическим исследованиям установлено, что распространенность АГ в разных популяциях варьирует в широких пределах, что определяется различным влиянием факторов риска на ее развитие [3]. Вместе с тем, анализ традиционных факторов риска не позволяет объяснить высокий уровень распространенности АГ в ряде случаев, вследствие чего продолжается поиск новых факторов риска и совершенствование моделей прогнозирования развития сердечно-сосудистых заболеваний [4].

Целью настоящего исследования было проведение сравнительного анализа распространенности АГ и выявление наиболее значимых факторов риска среди работников на предприятиях ОАО «Ореховский льнозавод» и РУП Витебскэнерго «Белорусская ГРЭС».

Материал и методы. Исследуемые популяции по ОАО «Ореховский льнозавод» (186 человек) и РУП Витебскэнерго «Белорусская ГРЭС» (217 человек) в возрастном интервале 18-64 года были разбиты на три подгруппы: первая в возрастном интервале 18-39 лет, вторая - 40-49 лет, третья – 50-64 года. Обследование проводилось по территориальному принципу методом сплошного безвыборочного осмотра.

Обследование всего изучаемого контингента начиналось с заполнения регистрационной карты: социально-демографические (возраст, пол, профессия,